

# 社会福祉法人 榎人会 デイサービスセンター シンフォニー

## 重要事項説明書

### 1 法人の概要

法人種別・名称	社会福祉法人 榎人会
代表者名	理事長 漆寄 照政
所在地・電話	函館市中野町74番地1 電話0138-58-2000

### 2 事業所の概要

事業所名	デイサービスセンター シンフォニー		
所在地	函館市中野町74番地1		
実施する事業 及び 介護保険事業所番号	通所介護	0171400948	
管理者及び連絡先	氏名	連絡先	
	齋藤 禎史	0138-58-2000	
サービス提供地域	函館市（旧恵山町・旧榎法華村・旧南茅部町を除く）		

### 3 ご利用施設で合わせて実施する事業

事業の種類	北海道知事の事業者指定		利用定数	
	指定年月日	指定番号		
施設	介護老人福祉施設	平成15年 4月 1日	0171400948	100人
居宅	短期入所生活介護	平成15年 4月 1日	0171400948	10人
	訪問介護	平成15年 3月 20日	0171400948	
	居宅介護支援事業	平成15年 3月 20日	0171400948	

#### 4 事業者の職員体制等

職種		従事するサービス種類、業務	人員
管理者		事業の管理等	1名(兼務常勤)
提供者 サービス	生活相談員	相談援助・生活相談	2名(専従常勤1名・兼務常勤1名)
	看護師	看護業務	7名(兼務非常勤7名)
	機能訓練指導員	運動器計画書作成	7名(兼務非常勤7名)
	介護職員	通所介護サービスの提供	5名(専従常勤2名・専従非常勤2名・兼務常勤1名)

#### 5 提供時間

サービス種類	月～金	土曜・日曜・祝祭日
通所介護	9:30～15:30	休業日

注) 年末年始(12/30～1/3)は休業日となります。

#### 6 利用料金

- ・ 指定通所介護または第1号通所事業(国基準通所型サービス)を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣の定める基準によるものとし、当該指定通所介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険負担割合証に記載されている割合の額となります。
- ・ 前項の支払いを受ける額その他、次に掲げる費用をお支払いしていただきます。
  - (1) 通常の事業の実施地域以外に居住する利用者に対し送迎を行う場合
 

ア 事業の実施地域以外	片道おおむね5キロ未満	300円
イ 事業の実施地域以外	片道おおむね5キロ以上	500円
  - (2) 食費
 

食事1回分につき	650円
----------	------
  - (3) おむつ代・レク材費
 

実費	
----	--
  - (4) 上記のほか、指定通所介護または第1号通所事業(国基準通所型サービス)の提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用で、その利用者負担させることが適当と認められる費用
- ・ 前項の費用の額に係るサービスの提供にあたっては、あらかじめ利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容および費用について文書で説明を行い、支払いに同意する旨の文書に(記名)をうけるものとします。

(5) その他

ア お支払いは、当事業所指定口座のいずれかへお振り込みください。

【郵便局】

記号 19450 番号 5560681

口座名義 社会福祉法人 禎人会

【みちのく銀行】 湯川支店

口座番号 普通 3403327

口座名義 社会福祉法人 禎人会

【北洋銀行】 湯川支店

口座番号 普通 3515666

口座名義 社会福祉法人 禎人会

イ 上記の利用者負担金は、「法定代理受領(現物給付)」の場合について記載しています。

居宅サービス計画を作成していない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料(10割)を支払い、その後市町村に対して保険給付分(9割)を請求することになります。

\*介護保険対象外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。）

## 7 キャンセル

(1) 利用者がサービス利用の中止をする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。

事業者 デイサービスセンター シンフォニー

連絡先 0138-58-2000

(2) 利用者の都合でサービスを中止する場合には、サービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料をいただくこととなりますので、ご了承ください。（ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。）

(3) キャンセル料は、利用者負担の支払いに合わせてお支払いいただきます。

時間	キャンセル料	備考
サービス利用日の前日まで	無料	
サービス利用日の当日	利用者負担金の50%	

## 8 当事業所のサービスの方針等

- (1) 指定通所介護または第1号通所事業（国基準通所型サービス）を提供する際には、利用者の要介護状況の軽減、若しくは悪化の防止、又は要介護状況となることへの予防に資するよう、通所介護計画に基づき計画的に行うと共に、その提供する指定介護の質の評価を行い、常にその改善を図るよう努めるものとします。
- (2) 事業の実施にあたっては、関係市町村、指定居宅介護支援事業者その他の保健医療サービス、又は福祉サービスを提供する者との密接な連帯に努めるものとします。

## 9 相談窓口、苦情対応

- ・ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所相談窓口	電話番号	0138-58-2000
	FAX 番号	0138-58-1500
	担当窓口	デイサービスセンター シンフォニー
	担当者名	金澤・谷目
	対応時間	午前8:30分～午後5:00分

- ・ 公的機関においても、次の機関に苦情申立等ができます。

函館市介護保険相談窓口	所在地	函館市東雲町4番13号
	電話番号	0138-21-3025
	FAX 番号	0138-26-5936
	対応時間	午前8時45分～午後5時15分

函館市福祉サービス 苦情処理委員事務局	所在地	函館市東雲町4番13号
	電話番号	0138-21-3297
	FAX 番号	0138-26-4090
	対応時間	午前8時45分～午後5時15分

北海道保健福祉部 介護保険課 指導係	所在地	札幌市中央区北3条西6丁目
	電話番号	011-231-4111
	FAX 番号	011-232-1097
	利用時間	午前9時00分～午後5時00分

北海道国民健康保険団体 連合会	所在地	札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館
	電話番号	011-231-5161
	FAX 番号	011-233-2178
	利用時間	午前9時00分～午後5時00分

## 10 緊急時の対応方法

利用者の病状等が悪化した場合は、看護師及び生活相談員が状況を判断し緊急搬送又は、主治医受診の勧め等の対応を実施します。

### 11 事故発生時の対応

- (1) 迅速な事故処理を行います。
- (2) 利用者の家族及び市町村等の関係機関に連絡を取り報告します。
- (3) 損害賠償を迫る必要があるときには、速やかに応じます。
- (4) 再発防止策を講じます。

### 12 虐待防止のための措置に関する事項

- ・入所者・利用者の人権の擁護、虐待の防止等の為に、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。
  - (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
  - (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
  - (3) 従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
  - (4) 上記措置を適切に実施するための担当者を置く。

### 1 3 感染症対策のための措置に関する事項

- (1) センターにおける感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (2) センターにおける感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。
- (3) センターにおいて、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

### 1 4 第三者評価の実施状況に関する事項

第三者評価の実施はない。

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、利用者に対する通所介護サービス契約の締結にあたり、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) 居宅サービス事業者

事業所所在地 函館市中野町74番地1  
名 称 デイサービスセンター シンフォニー

説明者 \_\_\_\_\_

(甲) 私は、重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

利用者

氏名 \_\_\_\_\_

代筆者

氏名 \_\_\_\_\_